



Entre conformismes et changements, le monde de la lèpre au Mali

Anne Bargès

► To cite this version:

Anne Bargès. Entre conformismes et changements, le monde de la lèpre au Mali. Entre conformismes et changements : le monde de la lèpre au Mali, Nov 1993, Aix en Pprovence, France. pp.280-313. halshs-00266096

HAL Id: halshs-00266096

<https://shs.hal.science/halshs-00266096>

Submitted on 21 Mar 2008

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Référence de l'article

Bargès A., 1996, "Entre conformismes et changements : le monde de la lèpre au Mali" in J.Benoist (Ed.) *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Editions Karthala, pp. 280-313
Actes de la Conférence Amades, Aix en Provence, 18-19 nov 1993

Entre conformismes et changements : le monde de la lèpre au Mali¹

Anne Bargès

« Lèpre...ah, il faut aller voir à l'Institut Marchoux ! »

Dans tout le Mali, comme à Bamako, la capitale, les deux noms sont le plus souvent indissociables. Et s'adressant à une Européenne non encore avertie, mes interlocuteurs référaient spontanément au système de valeurs censé être le mien, celui de la biomédecine. D'ailleurs, le choix de l'institution biomédicale pour des soins antilépreux paraissait évident à tous les Européens.

Cette prééminence du « biomédical » inspirée de l'époque coloniale² n'est pourtant qu'apparente : les praticiens de la médecine locale ont leur place dans les choix thérapeutiques des malades ; ils vivent et exercent à côté de structures officielles qui les méconnaissent ou veulent s'en servir ; et leur savoir et leurs pratiques se modifient constamment. Au sein même des

1 Pays ouest africain, enclavé, le Mali est dit "pluriethnique". Y sont employées plusieurs langues "nationales" mais les 3 / 4 de la population utilise le Bambara ou *Bamanankan*. On parle d'"ethnies" au Mali : Bambara, Malinké, Soninké, Kassonké, Bozo, Dogon, Sonraï et Peul, Toucouleur, Tamasheq ; mais compte tenu des migrations et de la vie urbaine, c'est une notion parfois toute relative. En Bambara, on dira *Sija*, traduit populairement en français local par "race". Cependant les différents types de liens identitaires (lignée, clan, village, région...) peuvent être exprimés par le même mot : *si* ou *sija* (sens plus abstrait).

Le Bambara est une langue mandingue proche du Dioula (Burkina-faso, Côte d'Ivoire), du Malinké (Guinée, Sénégal oriental, région du Mande au Mali) ; elle sera écrite en *italique*. Le parler de Bamako intègre de plus en plus de mots français ; également en italique, ils seront mis entre guillemets "-".

2 Le qualificatif « colonial » reviendra souvent : époque, histoire ou médecine coloniale ; il ne contient aucun jugement de valeur et doit être pris dans son sens premier « relatif aux colonies ».

institutions officielles de soins, les logiques des *dògòtòrò* (docteurs)¹ sont également différentes de la logique officielle de lutte contre la maladie. Logiques de soin et logiques sociales interagissent dans le microcosme constitué autour de l'Institut Marchoux et marqué par le particularisme de la lèpre. Objet d'enjeux sociaux souvent méconnus, l'institution internationale, monolithe prestigieuse, est remaniée jusqu'en son sein par les acteurs locaux que sont ses soignants "modernes" et les malades « lépreux » qui la fréquentent.

Ainsi à la pluralité des « médecines » s'ajoute la pluralité des « soignants ». Sans que forcément l'une et l'autre correspondent, leurs actions gardent toute leur cohérence au sein de l'univers auquel ils réfèrent et le choix des malades s'adapte à ces différentes offres thérapeutiques (lieux et techniques). Une des nombreuses formes de syncrétisme de savoirs et de pratiques qui résulte de cette situation, mais aussi la plus spécifique, se trouve illustrée par la personne du soignant-« lépreux ». Cependant, dans le cadre de la lèpre, le passé (colonial, religieux et caritatif) est encore omniprésent et les conformismes qu'il engendre s'opposent aux changements sociaux multiples, rapides et constants que l'on observe actuellement au Mali, plus particulièrement au sein d'une « grande ville » (*duguba*).

***La « grande maladie » :
« une maladie comme les autres » ?***

Comprendre la manière dont une population se représente une maladie, c'est aussi comprendre comment elle va se comporter à l'égard de ceux qui sont malades. C'est pourtant sur une méconnaissance réciproque que le monde occidental et le monde africain ont établi leurs rapports ; les imaginaires surgis du passé moyenâgeux comme les visions exotiques du présent rendent la lèpre lointaine et proche à la fois. Cette méconnaissance peut se résumer par la contradiction que ce sous-titre, de tout évidence, porte en lui : la Grande Maladie est la traduction du terme Bambara, *Banaba* (maladie, superlatif) qui est l'euphémisme d'une de ses formes les plus typiques et les plus dévalorisantes, *kuna*²

1 « *Dògòtòrò* » désigne autant le biomédecin, malien ou européen, que l'infirmier, l'aide-soignant ou toute autre personne liée aux services de soins « modernes ».

2 *Kuna* est extrêmement péjoratif. Très diffusé au Mali, ce terme est moins employé dans les

Quant à l'expression « une maladie comme les autres », elle constitue le principal message éducatif utilisé par les organisations humanitaires pour lutter contre la stigmatisation de la personne malade¹.

La croyance que l'exclusion du « lépreux » au Mali est une valeur importée par les Européens et que le stigmate y est peu vivace perdure actuellement. Bien loin de moi la volonté de vouloir absolument démontré le contraire, mais mes observations et l'analyse des discours des malades et des non-malades (soignants ou pas) maliens confirment l'existence de cette pensée ségrégative endogène. Sa prise en compte est essentielle pour comprendre quel rôle tient dans la société l'individu « lépreux » et comment le système occidental de soin par une ségrégation collective, de masse, centralisée à Bamako, lui a fourni une valeur en tant que « groupe ». En tant qu'individu isolé comme en tant qu'individu membre d'une communauté, le « lépreux » influence directement ou indirectement les pratiques de soins et contribue à leur pluralité.

Banaba : une maladie hors du commun

Selon mes informateurs, *Banaba* est régulièrement désignée comme une « maladie grave » *bana jugu*, avec la « folie » *fa*, « l'épilepsie » *kirikirimashyèn* et la cécité *fiyèn(ya)* ; elle est même souvent la maladie la plus grave. Sa mauvaise réputation est non seulement due à ses manifestations souvent contraires aux normes sociales -aspect qui "dégoûte" (*nyigin*) les personnes dites "saines" (*kènèbagatòn*), impotence et dépendance des autres, absence de productivité (en brousse) - mais surtout aux fautes liées aux représentations qu'on a de l'origine de la maladie et que laisse suspecter l'apparition des premiers signes.

De prime abord, *Banaba* est une *Ala bana*, une « maladie de Dieu », que

régions Malinké du Mandé où, pour désigner la forme mutilante de la « lèpre », on parle plutôt de *bagi* ; il serait donc un terme importé qui en diffusant, s'est « spécialisé.

1 Pourtant il paraît essentiel de nos jours de ne pas nier l'existence des préjugés et de la stigmatisation; ils peuvent expliquer le retard du dépistage de la maladie et le faible impact des messages humanitaires.

tout le monde porte en soi. Ce discours est classique, banal au Mali, pays à majorité musulmane où toute maladie est « naturelle » quand elle est « le fait de Dieu ». Cependant « Dieu ne fait rien sans cause », il permet seulement à la maladie « que tout le monde a » de s'exprimer. Alors se dégagent bien d'autres origines où le « sang » (sang de la lignée) et son corollaire le « sexe » sont déterminants. Les plus importantes sont les ruptures d'interdits sexuels et alimentaires qui trouvent leur explication dans les mythes fondateurs mandingues. Ils atteignent donc la personne *mògò* au plus profond d'elle-même, dans son essence même¹

La cause de la maladie peut également venir des actions néfastes d'une personne, ce que l'on nomme communément le mauvais sort. Avec le sang et le sexe, la parole est aussi une des bases de la vie sociale. Son utilisation mal-faisante contribue à expliquer l'apparition de la maladie. Il y a le dangereux *kòr(ò)tè* qui a le pouvoir de manipuler et de libérer par différents procédés le *nyama* (forces occultes) des choses et des êtres ; il n'a pas besoin de support matériel. Il est à différencier d'autres manœuvres venant de la « main » de l'homme « *mògò bolo* » ; on dira que quelqu'un a réalisé « un travail » (*baara*) — ce quelqu'un est en général une personne vengeresse ou jalouse (coépouse)—; on parlera souvent de *dabali* qui est une technique d'empoisonnement associée à des incantations (*kilisi* : secrets) —poison mis dans la nourriture, « chose mise dessus » (*fèkan*) ou « versé sur toi » (*bònnkan*). L'explication donnée par le malade reposera dans ces cas, sur une interprétation *a posteriori* de la maladie, de type persécutif. Mais derrière « la faute de l'autre », se cache toujours la responsabilité du malade. En effet c'est lui qui par la « démesure sociale » de

1 La rupture d'interdit sexuel (avoir des rapports sexuels en période de règles) est fréquemment citée. La femme est coupable et expose ainsi toute sa descendance, le sang de la lignée sera touchée; il n'y a là pas de notion de « transmission », de « passage » de la maladie. L'interdit alimentaire le plus courant touche certaines formes de « silure rouge »: poisson à l'aspect gluant, sans écaille, appelé *manògò bilen*, le poisson qui ressemble à l'homme (noir) « *mògòninfin nyògònna jègè* ». Un autre silure rouge *npòlò bilen* est l'« interdit » du clan Coulibali (vers Ségou)(*npòlò* est une sorte de *manògò*).

certaines traits de sa personnalité ou de son comportement va déclencher sa maladie, et c'est là encore par la valeur intrinsèque de sa personne que le malade est coupable.

Certains animaux aux caractéristiques physiques communes (apparence tachetée) sont susceptibles de donner *banaba* et / ou sont cités comme des interdits alimentaires lors du traitement traditionnel : (la chair de hyène, le caméléon). Actuellement, en ville, on cite surtout *Sulantèrè* (gecko), communément traduit par « salamandre » ; en brousse, ce même animal « quand il grossit, devient le "petit serpent à deux têtes" *saninkunfila* au corps zébré ». Cet animal « déplaît tant à Dieu que les hommes ne voudraient pas le voir » ; sa salive peut entraîner par contact direct ou indirect *banaba*, et sa chair réduite en poudre entre dans la composition de *dabali*.

Pourtant la plupart des réponses recueillies s'appuient sur le fait que « *banaba tè yèlèma* », la maladie ne se « passe » pas, c'est à dire qu'elle ne se transmet pas par contact direct¹, alors qu'il existe des attitudes d'évitement. Mes informateurs les expliquent surtout par un dégoût et une répulsion face au sang des plaies qui ne s'expriment qu'envers le « *kunatò* », « lépreux » typique amputé. Cela ne signifie pas pour autant qu'il y ait absence de rejet de l'individu « lépreux » si celui-ci ne présente pas de signes révélateurs de son état.

Ces représentations se retrouvent chez tous mes informateurs issus de différentes régions du Mali mais je discerne deux tendances : celle où *kòròtè*, *dabali* et ruptures d'interdits sont vivaces et s'expriment par un rejet plus intense (surtout en pays dogon) et celle où la mise à l'écart paraît moindre (zone anciennement islamisée où la religion a eu tendance à effacer toutes références « fétichistes »). La première va du Mande (Pays Malinké) au pays Dogon en passant par le pays Bambara et le Macina.

1 L'utilisation du terme français « transmission » pour exprimer la diffusion de la maladie porte souvent à confusion. En effet on parlera autant de transmission « héréditaire » que de transmission par contact direct ou indirect. Alors que « *ka yèlèma* » réfère au passage direct, l'aspect familial, « héréditaire », de la maladie est perçu comme une permanence du mal dans la lignée (sans passage).

La deuxième correspond à la zone anciennement islamisée du Sénégal Oriental de Kita à Kayes, à majorité Soninké.

« Dans les foyers Soninké (plus musulmans), eux sont solidaires [...] alors que les bambaras, ça ne se voit jamais ça. Non, il y a un mode de jalousie...il n'y a pas d'entraide du tout...» (Infirmier, Bamako)

La crainte du « lépreux » : méprisé mais « puissant »

Ces représentations de la maladie expliquent les images que l'on a du « lépreux », images qui influencent les comportements des malades et les conduites collectives à leur égard (Fassin 1992 : 129-130). Dans le discours des malades, la maladie est vécue comme le résultat d'une force incontrôlable qui atteint l'intégrité de la personne (physique, sociale et lignagère). Le vécu du malade est douloureux, marqué par de nombreuses ruptures, par des migrations. Le rejet de l'individu peut s'exprimer de différentes manières : dégoût et évitement de tout contact direct ou indirect quotidien (vêtements, savon, repas), au niveau social —habitat et lieux de prière séparés, divorce ou célibat forcé. Il est variable d'une famille à l'autre (beaucoup plus important en brousse) et se camoufle souvent derrière des règles de bienséance¹

Le rejet est d'autant plus insupportable dans une société où les valeurs des individus se confondent avec celles du groupe. Ce dernier attend d'eux qu'ils se mettent à l'écart ou du moins qu'ils s'effacent, qu'ils se conforment implicitement à certaines règles.

Au préjugé, à l'exclusion s'ajoute ce sentiment de dévalorisation de soi, de honte et de retrait ; suit souvent une attitude défensive, voire même violente. Il n'y a pas d'auto-accusation (Ortigue, 1984 : 282), le malade projettera sa culpabilité sur un « autre ». L'islam lui fournira l'« excuse » que « toute personne porte la maladie en soi, celui qui l'a dans ce monde, ne l'aura pas dans l'autre » ; le catholicisme lui amènera la rédemption des péchés dont la lèpre reste une expression ; quant au diplômé, son savoir « scientifique » lui fera mettre sa maladie sur le compte du faible

1 C'est surtout en brousse que le handicap physique est ressenti comme une diminution, en ville la mendicité a sa place (argument religieux, social et économique)

niveau socio-économique malien, argument tout à fait cohérent pour la biomédecine.

En amont de la maladie, le malade est coupable dans son comportement social et dans le fondement même de sa personne. En aval de la maladie, il confirme par certains aspects de sa personne (traits physiques et psychiques, attitudes et comportements) les raisons de le suspecter. Ses plaies le rendent « répugnant », son handicap en fait un impotent dépendant des autres ; il est dit susceptible, irascible, « *dusumango i ko kunatò* » (« susceptible comme un lépreux »), « méchant », belliqueux, capables d'actes délictueux.

Mais la composante intrinsèque de sa malignité va faire du « lépreux » une personne puissante, crainte car détentrice de pouvoirs et d'un savoir secrets. Les gens se donnent donc toutes les raisons de le mépriser, de le craindre mais aussi celles de le respecter. Sa condition et son statut le rapproche de la personne du *Jèli* « griot », personne dite « de caste »¹. Et nous verrons que cette « valeur » de l'individu « lépreux » est déterminante quant aux rôles qu'il peut jouer dans la société, plus précisément dans les soins.

Médecines et soignants²

a. L'édification des rapports entre médecines

Face aux thérapeutes traditionnels et surtout face à leurs pratiques, le monde occidental s'est comporté de deux manières. La médecine institutionnelle —issue de l'histoire coloniale, spécialisée en léprologie et représentée par l'Institut Marchoux— fut très rapidement méprisante et sur la défensive. La recherche universitaire puis le milieu pharmacologique et

1 Cf. R.Mauny, 1955. Dans beaucoup de régions du Mali, un malade de la lèpre n'avait pas le droit d'être enterré ; la mise en terre de sa dépouille pouvant déclencher la sécheresse et de mauvaise récoltes. Le corps était déposé dans des lieux riches en *nyama* —arbre creux (Baobab) ou termitière— ou encore pendu à un arbre. Ces pratiques existaient encore il y a quelques années vers Mopti et Ségou, mais étant interdites elles disparaissent.

2 Le terme "soignants" est pris ici dans son sens le plus large, allant des différents types de praticiens locaux dits "traditionnels" au médecin "*tubabni*" européen en passant par des aspects plus syncrétiques comme les "tradipraticiens" travaillant au sein de la Division de Médecine Traditionnelle (Ministère de la Santé Publique) ou les anciens infirmiers pratiquant selon la tradition.

médical non léprologue (Santé Publique) désira pour sa part, dès les années 1940, s'allier les connaissances locales. Soutenue officiellement par l'OMS depuis une dizaine d'années, cette dernière approche a néanmoins peu d'impact sur les programmes de lutte de la léprologie française dont l'action reste essentiellement curative (PCT : polychimiothérapie). Par contre, elle a un impact plus « insidieux » chez les soignants « modernes » africains que sont les infirmiers spécialisés ou non spécialisés ; en effet, culturellement et socialement, ils sont intéressés par l'accès à ces savoirs « traditionnels ».

Occultation-dénigrement ou intérêt-séduction : dans les deux cas, les soignants « traditionnels » se défient, se méfient et souvent finissent par vouloir garder leur anonymat. C'est d'autant plus vrai qu'ils se trouvent confrontés à un traitement « moderne » réputé efficace et qu'une telle maladie nécessite des pouvoirs thérapeutiques importants, rares et donc recherchés.

L'occultation du système local

Il fallut attendre la fin des guerres soudanaises (capture de Samory en 1898) et le début de notre siècle pour que les médecins militaires en poste fassent les premières observations spécifiques sur la lèpre et montrent, pour certains, leurs intérêts pour les soins employés localement. A cette époque, les traitements offerts par la médecine de l'époque coloniale n'offraient pas plus de garantie de réussite que la médecine locale ; ils cherchaient même à s'en inspirer.

Les "médications" utilisées en usage externe par les deux médecines avaient les mêmes effets agressifs et détersifs (Kermorgant, 1898). Les soignants locaux y ajoutaient des décoctions purgatives qui sont encore utilisées de nos jours. Cependant, pour les médecins hygiénistes, la lutte contre la maladie reposait essentiellement sur la ségrégation des malades dans des villages isolés. Bien impuissants furent ces premiers médecins, désorientés par l'attitude des populations devant leurs entreprises de regroupement, comme en témoignent leurs rapports :

« Les noirs sont méfiants et cachent avec soin leurs malades ; aussi n'est-ce

qu'incidemment que les médecins qui séjournent ou qui ne font que passer dans ces régions ont pu découvrir des lépreux, *qui s'adressent de préférence aux marabouts et aux traitants qui vendent des médicaments* ». (Kermorgant 1905).

« C'est une affection devant laquelle le médecin se trouve presque complètement désarmé, de par l'absence de tout traitement spécifique, et surtout de par la longueur des soins à imposer aux indigènes, qui acceptent volontiers *les médications à effet rapide*, mais se montrent sceptiques devant le traitement à longue portée... » (Verdier 1907).

Chez ce dernier, ressort la volonté de « détruire l'influence des sorciers indigènes [...] qui jouissent d'une réputation assez étendue » ; il ajoute qu'il ne se fait « aucune illusion sur les avantages médicaux proprement dits » de la médecine qu'il offre. Les résultats déplorables — l'absence de moyens aidant — et les signes en faveur d'une propagation de la maladie chez les Européens, déclenchèrent les premières programmes de lutte (1925). C'est à partir de cette époque, que les rapports et les textes des médecins coloniaux ne mentionnent quasiment plus leurs « collègues » locaux que sous des génériques réducteurs, péjoratifs : « sorciers », « charlatans », « marabouts »¹. Disposant de leurs propres traitements, ils ne s'intéresseront plus aux pharmacopées locales. Les efforts de la médecine coloniale se concentrèrent

1. On retrouve ces termes dans le français bamakois actuel ; cependant leur sens n'est pas forcément celui péjoratif impulsé par les occidentaux. Ainsi le mot « charlatan » désigne souvent tout *farafinjurakèla* sans forcément le connoter négativement. Cependant ce sens coexiste également avec celui de « mauvais médecin », « bonimenteur », de « celui qui cherche le client ». On peut dire la même chose de « marabout ». Le mot « sorcier » est employé dans le sens de *subaga* malien qui renvoie à un personnage précis, craint et dangereux. «...Les sorciers (au sens de *subaga*), pas les charlatans, eux ce sont les marabouts...» comme le montre cette explication émise par un infirmier spécialisé, cette polysémie de termes français d'importation coloniale, réadaptés au milieu africain, entraîne souvent des définitions propres à chaque utilisateur; cela varie selon le degré de francophonie, la profession, les contacts avec les Français... C'est chez les jeunes diplômés de la ville, les plus francisés et les plus « urbains », que les traductions terme à terme révèlent la confusion des sens: ainsi « maraboutage » comme « magie noire » servent à désigner le *dabali*.

à Bamako. En 1928, la première entreprise de regroupement en « village de lépreux » à *Bako Jikòrònin* (Djikoroni derrière le fleuve, rive droite) montra vite les failles d'une ségrégation collective, réalisée sans moyen (ANM, 1930 ; Gourvil, 1935).

Failles d'un système inadapté à la situation locale et qui, pour fonctionner, nécessitait d'être « attractif » en instituant une logique d'assistanat :

« La seule formule de colonie agricole susceptible de réussir auprès des indigènes est celle utilisée à l'Institut de Bamako. Les malades doivent y trouver des conditions de vie supérieure à celles de leur villages. Le travail pour ceux qui s'y livrent doit être une distraction, non un moyen d'existence » (Sorel, Médecin Général Inspecteur délégué en A.O.F., 1938)

Avec le Service Central de la lèpre à Bamako (1931) auquel fut rattachée « une léproserie modèle », l'Institut Central de la Lèpre (ICL, futur Institut Marchoux), débuta la grande entreprise technique de lutte contre la maladie (1934-35). Cet établissement alliait centre de traitement et village agricole (180 ha), la logique prophylactique reposait toujours sur l'isolement des malades qui venaient de toute l'Afrique occidentale. Le Service Central de la lèpre était secondé par l'AMI. (l'Assistance Médicale Indigène) qui devait dépister les malades en brousse. Avant 1945, l'AMI n'eut pas réellement les moyens d'assurer son rôle et le dépistage systématique fut pris en main par le Service Général d'Hygiène Mobile et Prophylactique (SGHMP). Les activités dites de prospection (dépistage des nouveaux malades) atteignirent leur apogée en 1953-54, P. Richet parlait de « croisade » anti-lépreuse (Richet 1980 : 548). Les centres de traitement et leurs villages d'isolement se multiplièrent dans les villes de moins grande importance (Ségou, Sikasso, San, Kayes sont les plus anciens : 1935), ainsi qu'en brousse ; mais comme ils n'offraient pas les avantages de vie des colonies agricoles, aussi étaient-ils délaissés par les malades. Le centre de référence de la lutte contre la lèpre demeurait l'Institut Marchoux ; depuis l'indépendance malienne, il dépend de l'OCCGE, une organisation inter-états africains. Le système de soins occidental se trouve donc représenté depuis soixante

ans par cet établissement. Apparemment solide et homogène par sa structure hiérarchisée et fonctionnelle, il s'est opposé aux thérapeutes « locaux » mais a occulté leur réelle influence ; ainsi leur a-t-il permis de « survivre » dans le secret et d'échapper à tout contrôle « officiel ».

Avec l'AMI émerge une deuxième forme d'expression de la médecine occidentale, le « corps d'aide-médecins indigènes » qui avec les autres catégories de fonctionnaires vont constituer « l'élite africaine ». Dans les structures de soins, ce personnel de santé va rapidement devenir un maillon incontournable entre médecins et malades, acquérir une place entre hiérarchie institutionnelle et enjeux sociaux africains mais également être à l'origine de syncrétismes de savoirs et de pratiques.

L'attrait des plantes

Parallèlement à l'approche des praticiens spécialisés s'élaborait une autre forme d'approche de la maladie et de ses soins. Elle s'opposait à la grande « entreprise » sanitaire planifiée par son caractère individuel et ponctuel. Les premières personnes à approcher de près les cultures ouest-africaines furent les prêtres missionnaires catholiques. Ces religieux puis les botanistes africanistes et la génération naissante de diplômés africains (le plus souvent des enseignants) fournirent les premières observations sur les « pharmacopées indigènes ». L'IFAN, créé dans le but de donner un cadre aux études de « l'homme, des autres êtres vivants ou du cadre physique » (Monod 1939 : 1), fournit ainsi l'opportunité aux « informateurs » locaux de faire connaître leurs données que viendraient compléter celles d'universitaires français. Ainsi ce même numéro (1939 : 6) affirme la nécessité d'étudier les « remèdes indigènes et en particulier des plantes médicinales [...] en ouvrant à la thérapeutique européenne le trésor à peu près *inexploré par la science officielle* ». Il est à noter que la première maladie sujette à questionnement est la lèpre :

« Maladie mystérieuse : La lèpre est une maladie encore mal connue, surtout en ce qui concerne ses modes de transmission. Tout renseignement, même isolé, sur les

coutumes, les croyances, les médications indigènes en rapport avec la lèpre mérite d'être recueilli. » (Monod 1939 : 7)

Néanmoins, cet intérêt fut vite tempéré par la prééminence de la léprologie « moderne » et la découverte d'un traitement efficace (1942, utilisation des sulfones, recommandée par l'OMS en 1952).

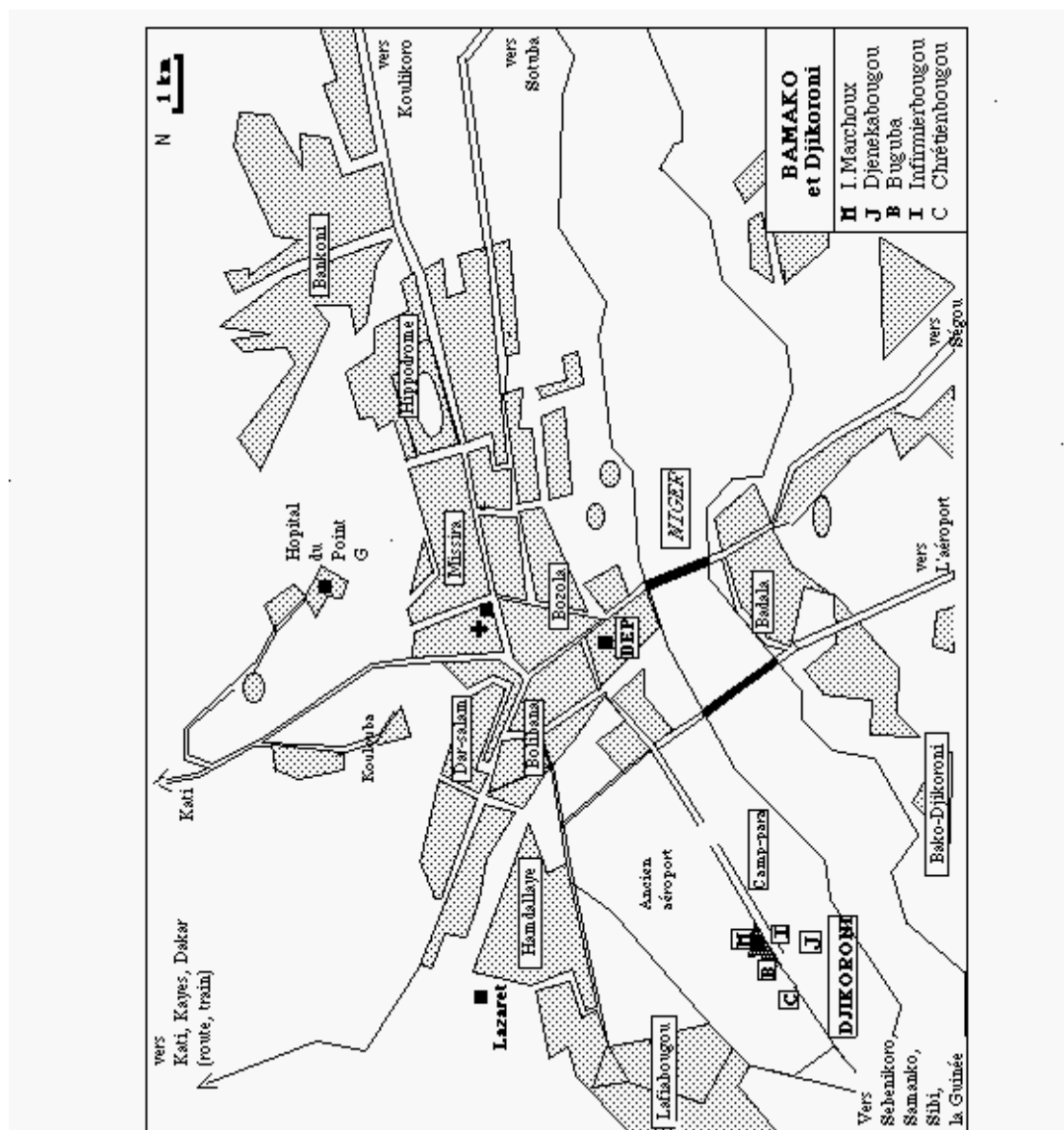
Concernant l'ensemble des maladies, cet intérêt s'est concrétisé par la création d'un centre de Médecine Traditionnelle (appelé « Pharmacopée ») au sein du ministère malien de la Santé Publique et d'associations de thérapeutes traditionnels et d'herboristes (1974) (Keita et Doumbia 1990).. Néanmoins, l'intérêt pour les données sociales et culturelles liées aux maladies restait et reste essentiellement lié au désir de trouver une validité biomédicale aux thérapeutiques locales. Comme je le disais dans l'introduction de ce chapitre, l'« attrait des plantes » est légitimé par cet intérêt « scientifique » mais peut cacher d'autres motivations : pour les *dôgòtòròn* africains (descendants du personnel de santé de l'AMI), il est une manière d'acquérir savoir, pouvoir et prestige.

b. Bamako / Djikoron

le lieu de l'institution biomédicale

L'organisation spatiale de Bamako trouve sa structure dans les politiques ségrégatives Européens / « Indigènes » de l'époque coloniale sur lesquelles se sont greffées des motivations sanitaires hygiénistes¹. Les premières structures de soins contre les maladies épidémiques : le Lazaret maladie du sommeil, fièvre jaune...actuellement méningite) et l'Institut Marchoux (lèpre) ont en commun leurs emplacements éloignés du centre ville, l'ancien quartier européen. L'Institut fut construit à Djikoron, dans la grande plaine inondable située sur la route de Guinée, à 4 km au sud-ouest du centre-ville. Depuis 20 ans, les quartiers « périphériques » se sont étendus de manière tentaculaire ; ainsi le Lazaret « *Lazaria* » devenu un Centre de Santé de Commune a été refoulé jusqu'au pied des montagnes ; quant à l'Institut Marchoux, l'extension du quartier de Djikoron l'a désenclavé. (cf. carte).

1 Voir la notion "d'hygiénisme politique" discuté par G. Fabre (1993), l'acquisition de nouveaux savoirs servant essentiellement à renforcer les structures médico-politiques.



carte dessinée © A.Bargès 1992

Actuellement, le système de soins officiel contre la lèpre repose sur la coopération d'une structure internationale, l'Institut Marchoux¹, issue du passé colonial, et d'un organisme national, la Division de l'Epidémiologie et de la Prévention (DEP) appelée « Grandes Endémies », issu de l'indépendance et des politiques de développement. Nommé par la population, *banan̄tu* (le bosquet de fromagers), ce dernier dépend de la division nationale de la Santé Publique au ministère de la Santé. La DEP coordonne la lutte contre la lèpre sur tout le territoire malien par le biais de « formations sanitaires » qui sont en général largement sous-équipées en personnel et en matériel. L'Institut Marchoux se définit comme Institut de Recherche et de Formation ; il dépiste, traite les nouveaux malades, suit ceux qui habitent sa commune (4°), et confirme le diagnostic posé par la DEP à qui il renverra le malade si celui-ci habite une autre commune. A ces établissements, il faut ajouter quelques consultations dermatologiques qui peuvent leur adresser des malades.

La structure malienne fonctionne grâce à des infirmiers spécialisés qui travaillent dans les centres de santé communautaire de la ville et font des tournées de surveillance dans tout le pays. Et ce sont surtout eux qui, en brousse, sont confrontés aux thérapeutes traditionnels ou *farafinjurakèlan*. Projetés dans un univers où le prestige du diplôme a moins d'impact qu'en ville et où la notion de compétence ne se définit pas sur les mêmes bases (voir suite), ils y trouvent une forte concurrence et ne sont pas soutenus par la population. En outre ils récupèrent souvent des malades à des stades compliqués de la maladie.

Que ce soit pour leur permettre de mieux exercer leur métier ou que ce soit pour s'approprier un prestige social plus ancré dans la « tradition », on peut comprendre que ces infirmiers tentent souvent d'en connaître plus sur leurs concurrents « cachés » et sur leurs « recettes ».

Systèmes de soins et acteurs de santé sont loin d'avoir les mêmes logiques. Le centre de soins de la lèpre qu'est l'Institut Marchoux en est un exemple. Cette institution a son corollaire social : le quartier de Djikoronî, formé depuis cinquante ans par l'installation spontanée des anciens malades « blanchis »

1 Depuis 1978, l'Institut est un centre de référence OMS. Les recherches (biologiques, cliniques et thérapeutiques) sont faites en collaboration avec la Pitié Salpêtrière (Paris). Il a un rôle de formateur pour les médecins et personnel infirmier : en dermato-léprologie, en épidémiologie et éducation sanitaire. Ses principales sources de financement viennent de l'AFRF (l'Association française R. Follereau), l'OCCGE, l'ILEP (Fédération internationale des Associations de lutte contre la Lèpre) en collaboration avec l'OMS

(« nettoyés » de tout risque infectieux) qui ne sont plus logés à l'Institut et leurs familles. Ces deux entités forment l'épicentre d'un système social organisé autour de la lèpre. En son sein se côtoient différents acteurs : les soignants regroupés sous un même vocable : *dògòtòròn* (médecins maliens et français, infirmiers et aide-soignants maliens), les administratifs (direction, agents sociaux et manœuvres) et les « malades » (surtout anciens malades). Y prennent également place les religions : le catholicisme (mission et des institutions caritatives) et l'islam.

L'Institut : le corps

Au caractère stigmatisant de la maladie s'est ajouté celui d'un système basé sur la "ségrégation" et sur une aide humanitaire ciblée —la lèpre acquérant ainsi une dimension collective qu'elle n'avait pas en brousse. Ainsi, s'est élaboré un microcosme où les enjeux sociaux ont vite pris le dessus des seules prérogatives sanitaires.

En 1934-35, lors de son inauguration, « Marchoux » constituait une véritable petite ville à l'ouest de Bamako. Depuis, la superficie du "village agricole" s'est considérablement réduite. L'espace de l'Institut peut se décomposer en trois zones : celle administrative et hospitalière (comprend le logement des médecins), celle des familles des malades et des manœuvres (des anciens malades) dite *buguba* (la grande case) et celle où sont logés les infirmiers (pour la plupart des anciens malades) appelée *infirmierbugu* (la case de l'infirmier). L'Institut garde de son passé colonial une organisation verticale, hiérarchisée mais qui est devenue plus complexe. En effet, quatre niveaux structurent l'institution, niveaux qui souvent se confondent : une hiérarchie biomédicale sur laquelle se greffe une dimension culturelle, une hiérarchie sociale malienne, une bipolarisation non malades / malades. Le directeur scientifique français est à la tête de la pyramide du système de soins. Elle est composée de plusieurs strates : celle médicale formée de médecins maliens (issus du milieu médical bamakois) et français coopérants (léprologue, dermatologue et épidémiologue) ; celle paramédicale dominée par l'infirmier-chef, « personne-clé » de l'Institut —grâce à son expérience en léprologie, il a sa consultation propre où il

dépiste les nouveaux malades ; il est respecté pour sa compétence par les léprologues—; en dessous se situent les infirmiers en titre sans lien privilégié avec le quartier, n'ayant pas eu la lèpre ; puis viennent les aide-soignants / infirmiers, presque tous des anciens malades, logeant à *infirmierbugu*. Ces personnes parlent français et constituent les interlocuteurs privilégiés des médecins étrangers, leur seul lien avec le malade parlant le bambara. Les Occidentaux sont logés sur les terres de l'institut, ont peu de contacts avec le quartier de Djikoron. Ils sont non seulement coupés culturellement et linguistiquement du milieu local mais aussi spatialement, socialement et socio-économiquement. Avant 1991, il existait quelques « sœurs blanches » de Notre Dame d'Afrique ; elles avaient un rôle d'infirmières et tenaient la pharmacie ; elles étaient également un lien important avec les réseaux caritatifs de distribution de médicaments occidentaux. Elles ont été remplacées par des sœurs africaines qui ne disposent pas de ces avantages relationnels. La structuration sociale concerne les acteurs maliens et les divise en trois groupes :

- celui lié au milieu hospitalier bamakois (médical, biologique et politico-administratif) à la tête de la partie administrative et médicale de l'institut. Les infirmiers, agents administratifs et travailleurs sociaux sont également des diplômés de la ville mais issus de milieux moins favorisés.
- celui issu du quartier et du milieu de la lèpre est composé du personnel paramédical proche du quartier. A son sommet l'infirmier-chef réunit en lui plusieurs prestiges : celui de l'âge, celui d'une pratique musulmane fervente, des liens familiaux avec la communauté catholique, une réussite économique agricole (commerce de mangues). Les infirmiers et aide-soignants, anciens malades, sont écoutés dans le quartier et y ont des liens privilégiés.
- en bas de l'échelle institutionnelle se placent les manœuvres, les « blouses bleues et noires », tous d'anciens malades, dont la plupart logent au *buguba*.

De l'infirmier à l'aide-soignant, ces *dògòtòròn* se partagent entre le monde des soignants et celui des malades, entre le savoir des « *tubabu* » et le statut local. Ils sont donc les premiers à utiliser les deux types de connaissances au sein de pratiques illégales que sont la revente des médicaments antilépreux (DDS) et les consultations à domicile (faits reconnus dans le quartier) —les premières sont plus pratiquées en brousse. Le malade en traitement est lui aussi loin d'être neutre dans ce marché parallèle de médicaments.

A la fin de leur carrière, ces *dògòtòròn* continueront souvent d'exercer mais se sépareront du milieu biomédical. A travers l'histoire de deux « anciens de la lèpre » —infirmiers spécialisés ayant été formés au Centre Muraz (centre OCCGE à Bobo Dioulasso, Burkina-Faso) et ayant vécu la grande « épopée » de la médecine dite de prospection— nous avons deux exemples de « reconversion » possibles. En devenant chef de l'actuel quartier de Djikoroni (37 000 h), le premier a choisi le prestige administratif et politique de la ville, celui d'une chefferie « modernisée ». Le deuxième, gros propriétaire terrien, est devenu chef de l'association des chasseurs (*donson*) de Lafiabugu (quartier proche de Djikoroni), il collabore avec deux "thérapeutes traditionnels": un Forgeron et un Peul.

Religion - action caritative : l'âme et le social

La lèpre est bien une des premières maladies chroniques à avoir fourni à la religion chrétienne le moyen d'ex-primer sa compassion. Au début de la conquête coloniale, le rôle des missionnaires a été important dans les actions sanitaires. Dès la création de l'institut, les « sœurs blanches » de Notre Dame d'Afrique ont eu leur place dans la pratique des soins mais surtout dans l'aspect « social » et « moral » de la maladie que leur laissait les médecins. A l'action missionnaire s'ajouta celle caritative, d'obédience religieuse, qui relève du même discours et de la même approche de terrain. En 1954, à l'instigation de Raoul Follereau, fut créée la première « Journée mondiale de la Lèpre », organisée pour collecter des fonds nécessaires à la lutte contre la lèpre ; depuis, elle donne lieu à ce qu'on nomme à Bamako « la fête des lépreux »,

autrefois considérée comme une grande attraction. Au mot « assistanat » et « charité » se sont successivement substitués ceux de « réinsertion », « rééducation » et finalement « réadaptation sociale » de cette population. Situé à une dizaine de kilomètres de Djikoron, le centre de Samanko en est un exemple ; mais l'existence d'une structure protectrice dite de « réinsertion sociale » a eu les mêmes effets de regroupement et de dépendance que l'Institut il y a cinquante ans, la population ne voulant pas prendre le risque d'abandonner des acquis qu'elle ne pouvait trouver en brousse.

Ces actions ont participé à l'élaboration de l'espace physique et social du quartier. La mission catholique a fait des dons de terre : dans le quartier pour former *Chrétienbugu* ; et à une dizaine de kilomètres de là au bord du fleuve pour permettre la culture ; elle participe également à la distribution des dons de la Croix-Rouge. Les maraîchages entrepris derrière l'Institut sous l'action de l'AFRF et l'AMRF ont considérablement contribué au dynamisme du marché.

Cependant tous ces biens circulent selon les liens plus ou moins privilégiés qui relient d'anciens malades de Djikoron, les soignants de l'Institut et le milieu politico-administratif bamakois. Ces réseaux de « clientélisme » (Amselle 1992), sont essentiels à la vie malienne, surtout en ville ; ils sont d'autant plus importants pour un malade, sans ressources, qui arrive de brousse pour se faire soigner.

L'Islam est pratiqué majoritairement dans le quartier comme dans le reste de la ville, il devient même un refuge pour beaucoup de nouveaux malades. Les dons venant d'Arabie Saoudite pour la fête du mouton « la Tabaski » (« la viande de La Mecque ») sont limités et la distribution reste régie par les mêmes principes sociaux. Contrairement au christianisme et à ses corollaires humanitaires qui investissent beaucoup dans les soins et les aides mais ont peu d'impact social et culturel, l'Islam donne peu mais structure de plus en plus la société malienne.

*De l'individu au groupe « lépreux » :
Djikoroni-Djenekabougou*

Lieu ségrégatif imposé au départ, l'Institut Marchoux et ses alentours sont devenus le lieu où malades et anciens malades sont « entre eux et chez eux ». Les soins, le traitement gratuit, les avantages matériels (nourriture, vêtements fournis jadis par l'I. Marchoux), les dons distribués par les missionnaires et les institutions caritatives chrétiennes ainsi que la surpopulation des logements sociaux du *Buguba* entraînèrent vers 1940-45 l'installation « spontanée » des familles entre l'institut et le fleuve Niger. Dans ce sous-quartier de Djikoroni, *Jenekabugu* (Djenekabougou), les terres furent au départ offertes, puis achetées, pour être actuellement louées et sous-louées (le quartier est surpeuplé). Par l'acquisition des terres de culture puis du quartier, les familles ont matérialisé leur existence aux yeux du reste de la société, aux yeux des gens « sains » (*kènèbagaton*).

Isolé du reste de la ville avant ces dix dernières années, il était le « quartier des lépreux » et avait une réputation de territoire « *mabò* » (mis à l'écart). Cette mauvaise image attira et favorisa le développement de la criminalité, de la prostitution et de trafics illicites qui l'ont ainsi autoentretenu. Djenekabougou est aussi devenu par la concentration d'« anciens lépreux », le lieu d'associations de « mendiants » bien structurées qui ont appris à édifier de véritables réseaux professionnels entre les différentes grandes villes d'Afrique de l'Ouest : pièces détachées, médicaments illicites (amphétamines) et antilépreux (DDS) —les principaux fournisseurs sont alors les lieux de traitement de la lèpre via les malades ou les soignants. Quant à l'aide humanitaire, elle a également contribué au développement du quartier. Ces échanges ont favorisé son ouverture vers l'extérieur et ont rendu le marché de Djikoroni prospère. Dans le quartier, comme dans le reste de la société malienne, existent des formes de regroupement qui concrétisent des alliances anciennes, modernes ou modernisées. Certaines sont caractéristiques du quartier et sont liées soit à l'« état de malade », soit au milieu caritatif, soit au milieu religieux, soit aux entreprises économiques locales dont la mendicité fait

partie ; elles sont liées par leur membres aux différentes acteurs sociaux maliens de l'Institut.

On peut donc facilement affirmer que L'Institut Marchoux n'est que matériellement séparé de Djekabougou et paraît moins monolithique qu'il ne semble. Entre ces deux pôles (soignant-malade) existe une trame d'interdépendances qui se nouent à l'institut, dans le quartier et en ville et qui passent autant par les structures professionnelles que par les associations de malades, les associations religieuses et caritatives et celles plus « traditionnelles ». Différents « clans » découlent de ces réseaux d'alliance auxquels tout nouvel arrivant (malade) tente d'appartenir ou appartient d'emblée. En fonction des événements macro ou microsociaux (chute de la II^e république en mars 1991 et mouvements revendicatifs des malades, des manœuvres), les pouvoirs se déplaceront d'un clan à un autre.

Actuellement, à l'image du reste de Bamako, Djikoronni s'est considérablement étendu et regroupe plusieurs sous-quartiers comme *Jenekabugu*, habités en majorité par une population non-malade.

Néanmoins dans l'esprit du reste de la population bamakoise, il garde encore une mauvaise réputation. On n'identifie Djikoronni qu'au travers de la « fête des lépreux », des « aides » et des « mendiants ». En outre, la ségrégation et le regroupement des malades sont jugés comme allant de soi car indispensables pour pouvoir les « contrôler » et les soigner ; cette opinion est partagée aussi bien par les non malades, les thérapeutes « traditionnels » et les *dôgôtôrôn* que par les malades qui défendent cet environnement sécuritaire.

La remise en cause d'un monde établi ?

Djikoronni est-il le terrain protégé de la biomédecine ?

Il ne faut pas nier l'impact de la proximité et de la réputation de « Marchoux » dans les choix thérapeutiques ; en effet les anciens malades y ont des attitudes préventives pour leurs proches et pour eux-mêmes (visite médicale) qui sont plus fréquentes qu'ailleurs (quartier bamakois, brousse). Cependant les praticiens traditionnels de la lèpre continuent également d'y exercer leurs

pratiques, dans le domaine officieux, sous couvert même des malades et des soignants du quartier. Certains sont des « tradipraticiens » de la division de Médecine Traditionnelle et participent à la diffusion radiophonique d'émissions sur la pharmacopée traditionnelle. Les *dôgòtòròn* de l'institut sont également en partie les artisans de changements de comportement face aux soins ; ils constituent un trait d'union entre pratiques locales « traditionnelles », « modernisées » et le système de soin biomédical ; en étant sources et objets de transferts de savoirs, ils favorisent l'élaboration de syncrétismes médicaux dans l'un et l'autre sens.

L'Institut, conforme à une logique de soin importée a été structurant pour ce système de soins en lui permettant d'installer la prééminence de la biomédecine dans la lutte contre la lèpre —moyens sanitaires, réputation du lieu, milieu urbain—. Par contre, sa rigidité, l'occultation du système social local a engendré des conformismes au sein de ce milieu (assistanat, pressions sociales, élite locale...) qui sont destructurants et limitent ses actions. Actuellement, ces autorités sanitaires sont conscientes de la situation et essaient de se départir de cette logique d'assistanat. Même les structures caritatives tentent de prendre une certaine distance : « nous ne pouvons pas, nous ne devons pas faire le travail à votre place...hommes libres et indépendants et responsables...cessez de faire la révolution en accusant l'autre » (Récipon, AFRF, Journée mondiale de la lèpre, Bamako, 1992)

Néanmoins cette volonté de désengagement est incomprise car ambivalente : les structures ne changent pas et le don humanitaire reste le principal soutien de la lutte contre la maladie. Les « malades » considèrent ce qui leur est offert depuis cinquante ans comme un dû et les changements politiques de mars 1991 leur ont donné l'opportunité : de s'exprimer violemment contre les autorités politico-administratives, sociales (Samanko) et sanitaires (institut Marchoux) ; de revendiquer plus d'avantages et de s'opposer à toute changement ; certaines revendications ont également été émises par le corps paramédical issu du quartier. Tout cela a entraîné quelques changements, en particulier la création d'une structure propre aux « anciens malades » :

l'Association Nationale des Anciens Malades de la Lèpre (octobre 1991)

c. Les soignants Locaux : du farafinurakèla au dògòtòrò

La variété dans la tradition

Actuellement désignés par le terme *farafinurakèlaw* (peau noire / feuilles, soins / qui fait), en opposition avec les *dògòtòròw* ou *tubabufurakèlaw*, les thérapeutes locaux ne peuvent être classés : leurs pratiques de soins ne sont souvent qu'une des nombreuses expressions de leur savoir. Parmi tous ces thérapeutes, rares sont ceux qui soignent ou disent soigner *Banaba*. Malgré l'apparition en ville de nombreux *furakèla* « façon » (copies de guérisseurs), souvent plus *furabòlaw* (fournisseurs de médicaments) que soignants et qui se vantent de pouvoir guérir la lèpre, les compétences exigées sont à mettre en relation avec la *juguya*¹ (malignité, gravité, méchanceté) de la maladie et exigent certaines connaissances innées ou acquises.

L'« homme de connaissance » *doma* est un savant détenant des savoirs traditionnels plus ou moins spécialisés ; il peut être : *jiridonna* (connaisseur des arbres), *furatigi* (détenteur de feuilles, de remèdes), *furakèla* (soignant), *filèlikèka* (voyant devin) utilisant différentes géomancies (sable, terre, boue), grand *basitigi* (fétiche / détenteur) ou « féticheur », magicien, antisorcier (*nyaga*). Il aurait un pouvoir plus occulte (positif comme négatif) que le *soma* qui lui est souvent opposé et qui —également grand initié, féticheur, guérisseur, jeteur et leveur de sorts— serait plus ambigu dans ces actes et se prêterait plus au jeu des forces sociales *Doma* ou *Soma* est souvent un forgeron (personne de caste, *nyamakèla*) et / ou un chasseur qui se réunit en confrérie : ainsi « l'Association de Chasseurs » est dirigée par un triumvirat constitué : d'un Bozo, d'un Forgeron *numu*² du Mandé et d'un Peul, les trois étant des *furakèlaw* à des degrés différents, mélangeant divers types de pouvoirs et de pratiques.

1 *Juguya* est classiquement traduite par "gravité", *jugu* par "grave" mais s'y ajoutent les notions de "méchanceté", de "malignité".

2 Le *Numu*, le forgeron, est un *nyamakèla* (personne de caste) comme le griot. Il s'agit d'un être ayant une force vitale *nyama* singulière lui permettant l'exercice de pratiques qui en libèrent une grande quantité (en répandant du "sang"). Cela lui confère des pouvoirs importants, jadis il était souvent chef du Komo (société initiatique secrète), grand *basitigi* (fétiche / propriétaire).

Certains se limitent à une maladie, il s'agit souvent d'une recette transmise familialement.

La plupart des thérapeutes rencontrés en ville sont de bons herboristes associant à leurs recettes des *keilisim* (incantations secrètes) et des pratiques divinatoires. D'autres soignants se trouvent être des *furajeerelan*, des vendeurs de plantes, qui donnent remèdes et conseils au marché ; beaucoup sont de « vieilles » femmes à l'instar de celle qui vend des remèdes antilèpre au marché de Djikoroni. Il faut également citer tous les thérapeutes issus de la médecine islamique, *mori* ou *moriba* (marabout / grand), classiques ou modernisés (Imperato, 1975). Du fait de leur multiplication et de la vulgarisation de leurs pratiques, les « marabouts » sont souvent vus comme des imposteurs.

Ainsi le thérapeute se partage-t-il entre « ritualisants » et « herboristes », entre « animistes » et « islamistes » et entre « traditionnels » et « modernisés ». Sans oublier que chaque malien détient ses connaissances propres (famille, échanges de secrets) et que dans un premier temps il les utilise en auto-traitement (même dans le cas du *Banaba*).

Savoir et pratique : à chacun sa compétence

Au départ, la personne peut déjà posséder un certain capital de connaissances, acquis par les esprits en brousse, ou le plus souvent par l'héritage du savoir familial.

Cependant, un vrai thérapeute doit « voyager » (*ka yaala*) ; il entreprend ainsi véritable itinéraire initiatique où acquisition des savoirs et apprentissage des différentes pratiques contribueront à établir sa compétence de soignant.

« Tu peux m'apprendre beaucoup, mais pour faire prospérer cette connaissance, il faut que je voyage. Quand quelqu'un qui en sait plus que moi, parle en ma présence, c'est l'occasion d'en savoir plus et ainsi de suite...je me fais un capital de connaissances » (Guérisseur Malinké, Mandé)

Par les différents actes pratiqués tout au long de ses pérégrinations, le thérapeute se fera connaître et contribuera à consolider sa compétence. A son savoir, à ses pratiques

s'ajoutera son identité, son vécu personnel qui le rendront cohérent aux yeux des autres. Il pourra s'installer et vivre de son « nom » (*Jamu*), de sa réputation, sans « aller chercher le malade ». Dans ce cas, le malade « lépreux » logera à proximité, édifiant parfois un véritable village de traitement. En grande ville, le principe est également vrai : « pour quelqu'un qui s'y connaît, les gens viennent de partout » et le terme répété « voyager » (*ka yaala*), répété, deviendra péjoratif « *ka yaala yaala* » quand il s'agira « d'aller chercher le client en ville » ; cela est la marque du *furakèla* sans grande valeur ou celui du *furabòla*. Cette retenue paraît relever d'un certain code de déontologie, mais elle dépend également d'un certain esprit de « marketing » soucieux de préserver une bonne image de marque.

Pour un *farafinfurakèla* classique, la compétence repose donc sur trois principes (Diarra, 1993) :

- l'acquisition du savoir (révélé, transmis par un proche ou lors de voyages "de formation", véritables voyages initiatiques ;
- l'apprentissage fait au gré de ces voyages, ce qui va permettre de mettre en pratique ses connaissances, de montrer ses performances et ainsi établir sa réputation ;
- à cela devra s'ajouter la valeur de la « personne », de son « identité » qui sera innée et acquise. Grâce à cela, le « vrai » thérapeute pourra s'installer et vivre de sa réputation ; il se différenciera de tradipraticiens plus édulcorés, plus modernisés :

Cette définition de la « compétence » permet de comprendre la crédibilité sociale de certains soignants modernes, *dògòtòròw* africains dont fait partie l'infirmier-chef de l'Institut ; en effet ce dernier dispose de tous les critères : l'apprentissage, les performances mais surtout les identités individuelle (vécu face à la maladie), groupale (communauté des malades), sociale (milieu des soignants) et culturelle (monde africain). Par contre, les infirmiers qui ne sont pas insérés dans le milieu où ils travaillent sont souvent perçus comme de pâles copies des médecins *tubabu*, des apprentis qui doivent acquérir un savoir qui ne leur est pas « naturel ».

« les Africains qui ont fait des études de médecine ne nous aiment pas.

Pourquoi ? Par ignorance. Les européens sont instruits, ce qui n'est pas dans leur tête est dans la mienne et je cherche à te le faire partager [...] mais le noir, avant d'arriver aux médicaments des Européens, il a été soigné par des médicaments traditionnels depuis qu'il est bébé [...] le noir ne grandit pas sans *jiri* (arbre, médicaments) »

Argumentation réagissant à certaines attitudes de mépris ou d'intérêt envers leurs pharmacopées traditionnelles qu'ont les personnes diplômées. Nous avons vu comment cette absence de valorisation, cette méfiance peuvent compliquer l'exercice professionnel des infirmiers en tournée.

Quant aux *tubabudogòtòròw* et aux institutions qu'ils représentent, leur compétence est reconnue car elle cadre avec le monde des « Blancs » : « Nous autres Bambara, nous ne prétendons pas faire ce que nous ne savons pas faire » (« *amw ye bamananw de ye, fèn min n'an tè se, k'a fò k'an bè se, an tè son o ma* », Bamako). « Les deux *farafinjurakèla* et *tubabufurakèla* peuvent travailler ensemble » mais les médecins ne devront pas présumer soigner ce qui est proprement africain : « les *tubabufuranw* ne peuvent soigner ce qu'on appelle *Jinè bana* [maladie des esprits], *kòròtè* [sort lancé à distance, empoisonnement...], et *subagabana* [maladie des « sorciers »] » Dans le cadre plus précis de la lèpre, la supériorité de la biomédecine est consentie mais atténuée : « les *dògòtòròw* ont trouvé que nous soignons le *banaba*, ils ont seulement apporté autre chose ».

Face aux changements

Les thérapeutes installés voient changer la situation en brousse comme en ville et se rendent compte que leurs savoirs se perdent.

Le savoir se perd non seulement à cause de la défiance réciproque des praticiens mais aussi de la méfiance qu'ils ont vis à vis des « jeunes » qui ne répondent plus aux valeurs d'antan (« les élèves honnêtes et endurants sont rares ») et qui ne peuvent plus perpétuer la « tradition ».

Les « jeunes » représentent l'ignorance et le non respect des valeurs. Ces réactions sont aggravées par l'attitude de certains diplômés de la ville qui,

devant la valorisation officielle des pharmacopées, essaient de s'allier ce savoir phytothérapique. Ainsi à Bamako, cet étudiant en pharmacie prépare et vend des gélules contenant des plantes pilées dans l'officine « moderne » dont il est copropriétaire, plantes qu'il connaît grâce aux tradipraticiens rencontrés dans le cadre de sa thèse.

Les conditions de vie précaires en « grande ville » (Bamako, Dakar...) font apparaître autour du « médicament » une multitude de métiers (trafiquants, revendeurs, « simili-thérapeutes », « faux marabouts ») qui empruntent des discours, des techniques et des outils aux différentes médecines présentes sur place (occidentale, africaine, chinoise) et contribuent à dévaloriser les pratiques locales de soins. Cependant malgré un discours qui prône un conformisme social, une éthique de la formation et qui s'oppose à la diffusion de leurs savoirs, les « vrais » thérapeutes sont eux-mêmes sources et objets de changements. En effet que ce soit :

- a) dans l'échange voire la vente de leurs secrets,
- b) dans la recherche et l'acquisition de médicaments modernes comme traditionnels (en écoutant la radio, en récupérant des médicaments lors d'hospitalisations...),
- c) dans la revente de médicaments à des *surabôlan* (vendeurs ambulants),
ou
- d) par l'adhésion à des groupements associatifs étatiques (herboristes, « Pharmacopée »), ce sont ces mêmes thérapeutes qui impriment les changements et dispersent leurs savoirs.

Les émissions sur les thérapeutiques traditionnelles diffusées à la radio malienne (RTM) donnent lieu à deux sortes d'attitudes : ceux qui prônent une logique de secret leur reprochent de diffuser des savoirs qui perdent ainsi de leur efficacité ; ceux qui sont plus ouverts à la « modernité » les défendent car elles valorisent l'identité malienne par le biais de « choses anciennes » (*ko kòrò*), proprement africaines.

Le malade face aux soins

a. Ses choix thérapeutiques

Plusieurs éléments retardent la prise de conscience et le dépistage de la maladie, et ils sont tous liés au stigmate social. Alors interviennent des essais d'autotraitement puis une recherche thérapeutique durant laquelle le malade aura recours à toutes les alternatives qui se proposeront à lui. La plupart des histoires de vie des anciens malades rencontrés sont marquées par des pérégrinations qui peuvent durer plusieurs années et s'effectuent à travers toute l'Afrique de l'Ouest. Elles seront moins marquées pour la femme et l'enfant, les décisions étant prises par l'autorité familiale.

« Au début, ils pensent à un mauvais sort, ils vont de marabout en marabout... la maladie gagne du terrain... ils sont épuisés sur le plan physique, épuisés sur le plan financier et vont recourir à la médecine moderne, conventionnelle. mais ils ne sont pas convaincus par les médicaments, ils ne les prennent pas. [...] La plupart ont fait le traitement traditionnel, en ville, je ne sais pas. [...] En 1990 un seul est arrivé directement de son coin de

Gambie à l'I.M., les autres ont commencé le traitement traditionnel, ont fait village en village [...] ils vont chez les marabouts, les tradipraticiens ; soit ils donnent de l'argent, soit ils travaillent, certains donnent même des bœufs » (jeune travailleur social, en français, 1992)

La situation est différente entre « la brousse » et Bamako où on reconnaît l'existence d'un lieu de traitement efficace. Mais la proximité d'un établissement de soins ne signifie pas que le malade n'essayera pas autre chose avant, pendant ou même après, en cas d'abandon. La polychimiothérapie biomédicale associant trois antibiotiques a, selon les formes de la maladie réduit la durée du traitement à six mois et deux ans —d'autres associations sont actuellement mises en place pour une plus courte durée : un mois. Tenir compte de cette durée du traitement est essentiel pour le thérapeute car un

des critères de choix du malade pour juger de l'« efficacité » du traitement est sa « rapidité » à faire disparaître les signes perçus comme les plus gênants — ne correspondant pas nécessairement aux critères biomédicaux. Cette notion de « rapidité » est le principal argument à retenir du discours de ce guérisseur (initié par la maladie de sa fille et très anti-*dògòtòròn*) ; malgré son attitude critique et méfiante vis à vis de la biomédecine, on remarque néanmoins qu'il va l'utiliser pour légitimer « scientifiquement » son discours :

« C'est ma fille, elle avait le *banaba*. Elle a fait deux à trois ans à suivre le traitement au *Banantu* [DEP], sans résultat. C'est pendant la guerre Burkina-Faso / Mali que j'ai rencontré un vieux *furatigi* [détenteur de plantes, remèdes] qui m'a donné le remède. A mon arrivée, il m'a fallu quinze jours pour qu'elle guérisse. Ils [DEP] n'y ont pas cru, ils lui ont fait des prises de sang et ont trouvé qu'elle était guérie ; ils m'ont alors demandé le remède, j'ai refusé » (Guérisseur Bambara, Bamako)

Alors qu'en brousse, les pérégrinations se feront sur un espace important (Afrique de l'ouest), en ville elles se feront à travers toute la diversité de pratiques de soins anciennes et modernisées. Cela est également vrai à Djikoron, en face à l'Institut ; les malades iront voir autant la vieille vendeuse de *furaw*, le *mori*, le *farafin furakèla*, le tradipraticien de la « Pharmacopée » diffusant ses émissions à la radio ou l'infirmier qui consulte à domicile que les *dògòtòròn* institutionnels. Parmi ceux là, les infirmiers ayant eu la maladie et guéris, fourniraient un argument de confiance et de crédibilité non négligeable ; ils partagent la même identité « malade » et n'ont pas ce regard méprisant à l'égard du lépreux qui persiste encore chez les *kènèbagatòw* (les « sains ») même soignants.

C'est en saison froide et sèche (hiver), exposant à des réactivations de la maladie, que les malades utiliseront tous les recours disponibles. Ils se déplaceront même en brousse pour allier l'efficacité du thérapeute réputé à celle des *dògòtòròn*. Ces poussées sont souvent interprétées par les thérapeutes traditionnels comme un échec de la biomédecine, mais finalement, quand on observe le vécu des malades

et leur insertion dans le quartier de Djikoroni, on se rend compte que c'est surtout l'acquisition d'une place, d'un statut social qui leur importent.

b. Ses implications

Les enjeux sociaux du « Kunatò »

Les jeux de pouvoir locaux, les réseaux de mendicité et les commerces illicites de médicaments, comme les consultations et les prescriptions non contrôlées de médicaments allopathiques par les infirmiers, induisent de nouveaux savoir-faire.

Les pressions sociales locales ont des conséquences également sur l'organisation des soins : le statut des différentes catégories paramédicales a été réévalué, l'Association Nationale des Anciens Malades de la Lèpre a été créée en octobre 1991. Elle est formée de sous-comités présents au sein de tous les Centres de Santé de Commune de Bamako qui rendent compte au siège central situé au *Buguba* de Djikoroni-Djenekabougou, cette structure permet aux « anciens malades » d'être présents sur les lieux de soins et dès la première consultation fournit au nouveau malade, isolé, une communauté de référence.

Le soignant « lépreux »

A coté des implications sociales dues à la dimension collective du « regroupement lépreux », il y a celles qui concernent plus particulièrement « l'individu lépreux ». Le fait qu'un thérapeute soit « lépreux » peut laisser penser qu'il est incompétent. C'est une argumentation beaucoup moins fréquente que celle qui « rentabilise » socialement et culturellement la maladie.

En effet quand on reprend la notion de compétence prédéfinie, on se rend compte que la personne du « lépreux » réunit en elle tous les critères nécessaires pour soigner : une « identité » propre innée, et acquise par la maladie et les soins, un savoir, une pratique ; malgré le jugement négatif

porté sur le « malade », la société va lui fournir une « valeur » qui lui réserve une place sociale :

- L'arrivée de la maladie est déjà le signe que la personne atteinte dispose intrinsèquement d'un « pouvoir » et d'un savoir :
- L'expérience s'obtient ensuite par la maladie (relations aux autres, exclusion, redéfinition de sa place) et par les soins. L'itinéraire thérapeutique relève d'un véritable vécu initiatique. La décision de partir « voyager » est une remise en cause complète de l'attitude de repli, de retrait qui suit la découverte de la maladie et va à l'encontre de la notion sociale de secret prônée.
- La recherche d'un traitement « efficace » va faire passer le malade de thérapeute en thérapeute et va l'initier à différents savoirs et pratiques.

Les structures biomédicales (I. Marchoux, DEP) mettent souvent un point final à ce voyage et par la mise à disposition d'un traitement efficace (sulfones) fournissent au « lépreux » la possibilité de soigner à son tour la lèpre ou d'autres maladies.

« Ils [les lépreux] sont de bons guérisseurs, car si eux ont les produits au niveau du centre de santé et qu'ils sentent que cela leur fait du bien, ils vont mettre ça dans leur bouteille sous forme de filtre et le vendent. (Infirmier spécialisé, Bamako)

Cet itinéraire concerne l'individu « lépreux » devenant thérapeute. Dans le cas du thérapeute devenant « lépreux », si ce dernier est dans un premier temps incapable de se soigner, il n'hésitera pas lui aussi à venir dans le circuit biomédical pour profiter de nouvelles techniques. Dans les deux cas, il s'effectuera un transfert de techniques aux dépens des institutions, techniques réadaptées à une autre logique de soins.

Pour terminer, nous préciserons que la DDS (Sulfones) est utilisée pour les soins antilépreux mais également comme « excitant » car elle a surtout la réputation de « mettre en forme » (développer la virilité, lutter contre l'impuissance masculine) et de « donner de la force », au même titre que certains produits traditionnels (noix de kola, thé vert, gingembre) ou que les amphétamines. Ainsi, à partir des expériences profanes des malades, ce "médicament" a été détourné de sa fonction et s'est adapté à la modernité de la vie urbaine actuelle.

Conclusion

Le milieu de la lèpre est constitué du couple Institut Marchoux-Djikoroni autour duquel gravitent en brousse comme en ville : *dògòtòròn*, thérapeutes locaux et malades qui tantôt s'attirent, tantôt se repoussent. Le regard microsocial porté sur le quartier nous permet de mieux comprendre ce qui se passe dans la société globale. Ce monde généré par la maladie se structure entre passé et présent, entre apparence et réalité, entre conformisme et changement.

En Afrique, la lèpre est une « vieille » maladie et, quand on analyse ses représentations locales, on perçoit qu'elle a participé à l'élaboration des soubassements culturels mandingues. Grâce à une démarche diachronique, j'ai voulu montrer cet enracinement dans l'histoire, particulier à la lèpre, qui explique beaucoup de conformismes et la difficulté d'y remédier. Il ne permet pas à l'acteur étranger de percevoir sous l'aspect formel des institutions les nombreux remaniements inspirés par les changements sociaux, le mélange des cultures et les formes de pensée restées dans l'ombre des actions sanitaires planifiées. L'occulte a un impact car il utilise la démarche propre à chaque individu, ses facultés d'innovation, d'adoption et d'adaptation de nouveaux savoirs et savoir-faire. Que ce soient les malades dans leur itinéraire souvent désengagé ou que ce soient les *farafinjurakèlàn* libres de toute corporation, leur souplesse et leur pragmatisme s'opposent aux convictions inébranlables des médecins. La « tradition » à laquelle réfèrent les thérapeutes traditionnels est beaucoup plus souple que le système de soin occidental ; sans perdre de vue sa logique de soins, elle reconnaît certaines valeurs nouvelles qu'elle ajuste ; attitude que les institutions hiérarchisées et leurs professionnels ne peuvent avoir.

A la croisée des deux mondes, les *dògòtòròn* maliens n'ont pas une démarche aisée pour se les concilier et trouver leur place, la ville leur fournit un contexte social plus adapté et des valeurs plus souples ; les « malades » eux aussi se retrouvent dans la même situation. A l'intérieur de l'institution comme à l'intérieur de la société globale, ce sont ces médiateurs qui donnent impulsion aux changements.

Références bibliographiques

Amselle J.L. 1992

La corruption et le clientélisme au Mali et en Europe de l'Est : quelques points de comparaison, *Cahiers d'Etudes Africaines*, XXXII-4 (128) : 629- 642.

Archives Nationales du Mali (ANM) 1917-60

Fonds Récents AOF, série H : 1H 54-56, *Dossier Santé : léproseries et épidémies*,

- Rapport du Commandant de Cercle, Koulikoro, M 133. (1925)
- Directive du Commissaire de la république, notes 551 et 760 (1925)
- Visite du chef de la subdivision sanitaire de Bamako au village de ségrégation des lépreux de Djikoronni, Rapport n° 80 (1930)

Archives Nationales du Sénégal (ANS) 1917-60

- Fonds Récents AOF, série H : 1H 26 (versement 26), *Dossier : Inspection de divers services sanitaires*, Inspecteur 1ère classe des Colonies BAGOT* (Mission 1934-35). Rapport fait par Mr Lassalle-Serre (Inspecteur 2è cl. des Colonies) sur le Service de L'institut Central de la Lèpre (1935)
- Fonds Récents AOF, série H : 1H 73 (versement 163), *Dossier Lèpre : Textes et Instructions*-Gouverneur général de l'A.O.F. (Brevié) Projet de construction de l'I. Marchoux (1931)

Augé M. 1988

Le dieu objet, Flammarion, 145 p.

Bargès A. 1993 (1ère édition)

Lèpre et représentations de la maladie au Mali : la gestion sociale du stigmata, quelques implications en Santé Publique, Rapport d'activités de terrain (1990-1992), Université Aix Marseille 3- Laboratoire d'Ecologie Humaine, Aix en Provence (février 1993) 88 p.

Bargès A. 1993

Environnement urbain africain et Maladie : ségrégation antilépreuse et comportements adaptatifs à Bamako (Mali), *Ecologie Humaine*, XI (2).

Bailleul C. 1981

Petit dictionnaire Bambara-Français, Français-Bambara, England. Avebury. 339 p

Diarra T. 1993

Représentations et itinéraires thérapeutiques dans le quartier de Bankoni in : J. Brunet-Jailli (sous la dir. de), *Se soigner au Mali*, Karthala / ORSTOM, pp. 177-191

Dieterlen G. 1988

Essai sur la religion Bambara (2è édition), Editions de l'Université de Bruxelles, Institut de Sociologie, Collection "Anthropologie sociale", 264 p

Dumestre G. 1981-1992

Dictionnaire Bambara-Français, 9 fascicules (a - > n), Paris, INALCO.

Fabre G. 1993

la notion de contagion au regard du sida, ou comment interfèrent logiques sociales et catégories médicales, *Sciences Sociales et Santé*, XI (1) : 5-32.

Fassin D. 1992

Pouvoir et Maladie en Afrique ; Paris, PUF, 362p.

Gourvil E. 1935

la lèpre au Soudan *Bull. Soc de Path. Exot.*, 28 : 7-10.

Impérato P.J. 1975

Traditional medical practitioners among Bambara of Mali and their role in the modern health care delivery system, *Trop. Geog. Med.*, 27 (2) : 211- 221.

Kermorgant J. 1898

Le traitement de la lèpre préconisé à la 1ère Conférence internationale de la lèpre à Berlin en 1897. *Ann. Hyg. Med. Colon.*, 1 : 263-277.

Kermorgant J. 1905

Notes sur la lèpre dans nos diverses possessions coloniales" ; *Ann. d'Hyg. Med. Colon.*, 8 : 25-67.

Monod T. (Sous la direction de) 1939

Notes Africaines (1), 15 p.

Ortigue M.C. et E. 1984

Oedipe africain, L'Harmattan, 315 p.

Pairault C. 1989

Pharmacopée à Bankoni, quartier de Bamako, document "sc. sociales"(4) INRSP, avril 1989

Richet P. 1980

A propos de la lèpre, *Afrique Médicale*, 19 (183) : 547-552.

Sorel F.P.G. 1938

Prophylaxie de la lèpre dans les colonies françaises, *Bull. Off. Int. Hyg. Publ.*, XXX (6) : 1-21.

Rouamba A. 1984-85

Les guérisseurs de la forêt sacrée : croyances et rites thérapeutiques Bambara dans le Beledugu au Mali, Doctorat d'Anthropologie, EHESS, Paris.

Verdier Dr. 1907

Notes sur la région du Macina, *Ann. Hyg. Colon.* X (5) : 5-24.